Auftrag zur Begutachtung PTV 4

Name und Anschrift der zuständigen Krankenkasse

Name und Anschrift des Gutachters

Bearbeitungsnummer der Krankenkasse

Chiffre des Patienten

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | *Geburtsdatum 6-stellig*

Ansprechpartner

Telefonnummer

ggf. E-Mail-Adresse

Antrag des Patienten auf Psychotherapie

- ☐ für Erwachsene (Erw)
- ☐ für Kinder und Jugendliche (KiJu)

- ☐ Analytische Psychotherapie (AP)
- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
- ☐ Verhaltenstherapie (VT)

- ☐ Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)
- ☐ Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)
- ☐ Langzeittherapie (LZT) als
  - ☐ Erstantrag
  - ☐ Umwandlung
  - ☐ Fortführung

- ☐ ausschließlich Einzeltherapie
- ☐ ausschließlich Gruppentherapie
- ☐ Kombinationsbehandlung mit
  - ☐ überwiegend Einzeltherapie
  - ☐ überwiegend Gruppentherapie
  - ☐ die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt

Letzte gutachterliche Stellungnahme

Name des Gutachters

Datum der Stellungnahme

☐ Ergänzungsbericht

Ergänzende Angaben über den Patienten

Arbeitsunfähigkeit in den letzten 2 Jahren

vom	bis	wegen

stationäre/teilstationäre Krankenhausbehandlung in den letzten 5 Jahren

vom	bis	wegen	Krankenhaus

rehabilitative Verfahren

vom	bis	wegen	Ort	Kostenträger

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir bitten Sie zum obigen Antrag um eine gutachterliche Stellungnahme auf dem beigefügten Formblatt (PTV 5). Der Bericht des Therapeuten an Sie und der Durchschlag des Formblatts PTV 2b sind im verschlossenen Briefumschlag beigefügt.

Das Original des Formblatts PTV 5a senden Sie bitte direkt an den Therapeuten.
Der erste Durchschlag PTV 5b ist für Ihre Unterlagen bestimmt.
Den zweiten Durchschlag PTV 5c senden Sie bitte im beigefügten Freiumschlag an uns zurück.

Ausstellungsdatum

Unterschrift

Für Ihre Bemühungen danken wir Ihnen.
Mit freundlichen Grüßen

Muster

Best.-Nr. 2134 (04.17) – © Wende Verlag, Frechen